

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026846

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO INACIO TAVARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190026846

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO INACIO TAVARES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190026846

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO INACIO TAVARES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



LIVRO.: 0229

FOLHA: 049

COMPRE
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROCURAÇÃO

PROTÓCOLO JOÃO PESSOA

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que ~~nos~~ (60) sessenta dias do mês de outubro do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS**, situado na Av. Dom Pedro II, 33 - Centro - Guarabira, PB CEP:58200-000, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES** - Titular, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) FRANCISCO INACIO TAVARES**, brasileira, solteiro, maior, auxiliar de serviços, residente e domiciliado na Rua Jorge Maranhão, nº 117, Bairro do Rosário, nesta cidade, portador da Carteira de Identidade RG nº 003.975.501-SSDS-PB e do CPF nº 853.568.754-87, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim Tabeliã Pública, do que dou fé, pelo(s) mesmo(s) outorgante (s) foi dito que por este público instrumento nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) PROCURADOR(ES) **Dra. MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 11.662-B e CPF nº 379.865.114-00; **Dr. LUIZ SANTANA DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 14.301-B e CPF nº 101.724.834-68; **Dr. RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.903 e CPF nº 052.202.404-12; **Dra. EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 16.105 e CPF nº 023.025.424-10; **Dra. LARISSA MARIA LACERDA SANTANA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.625 e CPF nº 067.499.284-98 e **Dra. LARISSA MARIA ROCHA RODRIGUES ALVES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.624, todos com escritório profissional localizado na Avenida Dom Pedro II, nº. 705, Centro, na cidade de João Pessoa, Capital deste Estado, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo (art. 77, inciso V do CPC), a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "*AD JUDICIA ET EXTRA*", representá-lo(a) em Repartições Publicas, Municipais, Estaduais e Federais, Autarquias e, em especial perante ao INSS – Instituto Nacional de Seguro Social, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros documentos, requerer benefício previdenciários e assistenciais e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimentos administrativos, conferindo-lhe ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal propor ação revisional/ ou concessão, restabelecimentos de benefício, via administrativa ou judicial, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando(s), sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, **renunciar aos valores que excedam a 60 (sessenta) salários mínimos, em razão do procedimento especial (Lei 10.259/2001)**, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber valores existentes em contas judiciais, alvarás, precatórios e RPV, deduzindo e compensando os seus créditos por despesa e de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, com as respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, em tudo agindo em conjunto ou separadamente, autorizando o substabelecimento a outrem, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que fizer jus (nos moldes do §1º, §2º, §3º e §4º do art. 85 do CPC/2015). Pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, por fim, praticar todos os atos em direito permitido para o fiel cumprimento dos

LIVRO.: 0229



FOLHA.: 049

(Handwritten signature)

poderes outorgados neste instrumento. Instrumento feito sob MINUTA. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 2,37, sendo os Emolumentos R\$ 47,40. Selo Digital: **AHP50752-0G2Q**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando por Carlos Alberto Xavier de Araújo, brasileiro, casado, escriturário, portador do Documento de Identidade nº 1.576.526-2^aVia-SSDS-PB, inscrito no CPF/MF nº 798.073.304-59, residente e domiciliado na Rua José da Cunha Rego, nº 109, Centro, nesta cidade, CEP 58200-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. O presente ato foi lavrado, rubricado e encerrado, tendo sido conferida toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES – Titular do Cartório 2º Ofício de Notas**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) FRANCISCO INACIO TAVARES.

Em testemunho (*WTS*) da verdade.



WARDIRIA TOSCANO DE SALES
- TITULAR -





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 24/2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: VITORINO				Posto/Graduação: 2º SARGENTO		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: ACESSO AO BAIRRO MUTIRÃO			Hora 21:00	Bairro MUTIRÃO	Município: GUARABIRA		
Data/Ocorrência 17/03/2018	Dia da Semana SÁBADO	C/S Vítima (QT) SIM 02	Natureza do Acidente ATROPELAMENTO	Tipo de pavimento CALÇAMENTO		Condições/Via REGULAR	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CICLOMOTOR 01 PEDESTRE			Controle do tráfego no local SEM CONTROLE				
CONDUTOR 01							
Nome IRANILDO CELESTINO		Sexo MASCULINO		Nascimento 31/08/1982		RG 3032842	
Endereço RUA: LÍDIA COSTA CARMO N° 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB							
1ª Habilitação XXXXXX	Categoria XX	Registro CNH N.º XXXX	U.F. XX	Ex.méd./Dia XXXX	Data Vencimento XXXXXX	Usava cinto XXX	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO		Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB					
VEÍCULO 01							
Marca I/SHINERAY	Espécie PAS/CICLOMOTOR	Placa QFU 0568	Categoria PARTICULAR	Município SAPE		U.F. PB	
Nome do Proprietário VANDERLY NASCIMENTO COSTA							
Seguradora D P V A T	Bilhete N° XXXXXXXXXXXX		Renavan N° 01077258248			Data da Emissão XXXXXXXXXX	
Defeitos							

VERSAO DO CONDUTOR 01

Condutor impossibilitado de prestar esclarecimentos sobre os fatos, pois o mesmo foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira - Pb.

COMPREV
COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.

10 JAN. 2019

PROT
AG. JOÃO PESSOA

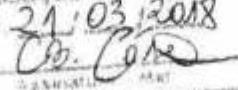
CONDUTOR 02							
Nome		Sexo		Nascimento		RG.	
Endereço							
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor					
VEÍCULO 02							
Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município		U.F.	
Nome do Proprietário							
Seguradora	Bilhete N°		Renavan N°			Data da Emissão	
Defeitos							

VERSAO DO CONDUTOR 02

POLICIA MILITAR DA PARAÍBA
10 JAN. 2019
Ficha de ocorrência

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 24/2018

CONDUTOR 03

Nome		Sexo	Nascimento		RG	
Endereço						
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor				
VEÍCULO 03						
Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.	
Nome do Proprietário						
Seguradora	Bilhete N.º		Renavan N.º		Data da Emissão	
Defeitos						
VERSÃO DO CONDUTOR 03						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA 2º CPTM - 3º BPTAN Esta cópia é falsa Reprodução do original Em 21/03/2018  </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> COMPREV COMPREV SEGUROSE PROVIDÊNCIAS S.A. 10 JAN. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>						

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 24/2018

VITIMA 01

Nome		Sexo	Nascimento			
IRANILDO CELESTINO		MASCULINO	31/08/1982			
Endereço						
RUA: LÍDIA COSTA CARMO N.º 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB						
Ferimentos		Viajava no Veículo N.º 01				
Condição da Vítima		Usava Cinto				
CONDUTOR						
VITIMA 02						
Nome		Sexo	Nascimento			
FRANCISCO INÁCIO TAVARES		MASCULINO	15/11/1968			
Endereço						
RUA JORGE MARANHÃO N.º 78, BAIRRO DO ROSÁRIO, GUARABIRA - PB						
Ferimentos						
Condição da Vítima		Usava Cinto				
PEDESTRE						
VITIMA 03						
Nome		Sexo	Nascimento			
Endereço						
Ferimentos						
Condição da Vítima		Usava Cinto				
TESTEMUNHA 01						
Nome		Sexo	Nascimento			

VERSAO DA TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

Nome		Sexo	Nascimento
Endereço			
CPF	Identidade	Órgão Emissor	U. F.

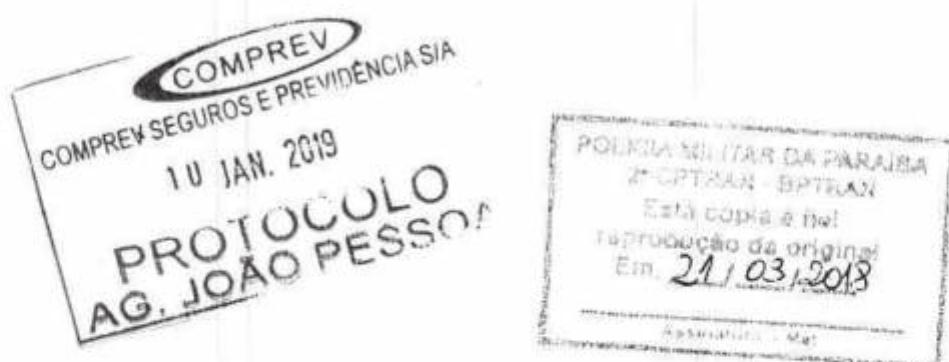
VERSAO DA TESTEMUNHA 02

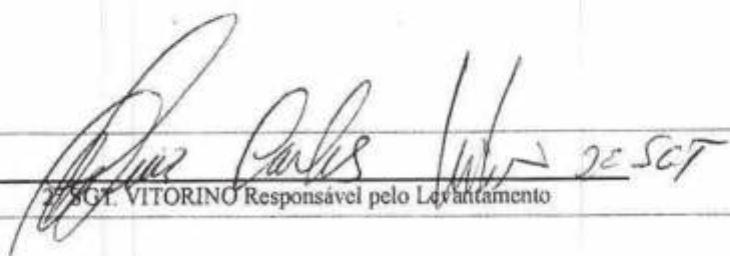
CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O condutor, Iranildo Celestino quando pilotava o ciclomotor Shineray, sentido Mutirão ao Conjunto Osmar de Aquino, veio atropelar o Senhor, Francisco Inácio Tavares que seguia a pé no mesmo sentido. Ambos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros ao Hospital Regional de Guarabira - Pb.

Obs: Não foi possível confeccionar o croqui, pois o ciclomotor foi retirada do local do sinistro.

Guarabira - PB, 20/03/2018




José Vitorino Responsável pelo Levantamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO CIRCULAR SUSPENSO 245/2012

Nome completo: <i>Francisco Henrique Tavares</i>		CPF: <i>853.568.754-87</i>
Profissão: <i>studante</i>	Endereço: <i>Rua Jorge Maranhão</i>	Número: <i>187</i> Complemento:
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Caicó/RN</i>	Estado: <i>RN</i> CEP: <i>59000-000</i>
E-mail: <i>franciscotavares@caicodasantina.rn.br</i>		Tel. (DDD): <i>(83) 3241-6957</i>

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINAR LUMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 Bradesco (237) Itaú (341)

 Banco do Brasil (001) Caja Económica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

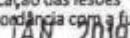
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A


DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

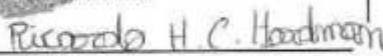
 Local e Data: *João Pessoa/PB 08/01/19*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

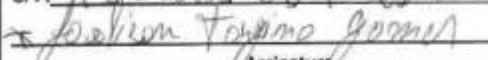
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



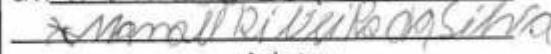
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

 1º | Nome: *Adelton Targino Gomes*
 CPF: *790.259.064-29*


Assinatura

 2º | Nome: *Manoel Ribeiro D'Silva*
 CPF: *078.555.364-93*


Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 112044 Atd: Nao Regu.
Data: 18/03/2018
Hora: 01:21:10
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO I
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUIZ INACIO TAVARES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.03.002642

CNS: 898003446082648 Sexo: M IDENTIDADE: 85677 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/11/1968 Id: 49 ano(s)

End.: ROSARIO, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: GUARABIRA UF :PB

Mae: JOSEFA AURELIANO DOS SANTOS

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: LUIZ INACIO TAVARES

Tr. Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 85677

Residencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE GUARABIRA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			
Observacao			

Cixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

10 JAN. 2019

PROTOCOLO

Prescricao

Horario da medicacao

AO JOAO PESSOA

- Aceite a ref

u

COMPREV
COMPRESSEGUROS E PREVIDENCIA S.A.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

COMPRES
COMPRES SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.
10 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

----- | Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

MARIA DAS GRACAS INACIO
RUA JORGE MARANHAO, 181, ROSARIO
GUARABRA / PB CEP: 58200000 (AG: 22)
Emissao: 20/04/2018 Referencia: Abri/2018
Classe/Suécia: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 12-22-135-8970 N° medida: 05001382340

energisa
ENERGISA PARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Distrito Redutor - João Pessoa PB - CEP 58010-980
CNPJ 09.595.183/0001-42 - Fone: (83) 3220-9220
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 0005.365.574
C.A.N. 04.000.000.00000-00 - Datas: Automatico - 00004/28/1951

Aceda ao cliente ENERGISA 0800 083 0196 www.energisa.com.br	
Conta referente a	Apresentação
Abr / 2018	20/04/2018
Data prevista da próxima leitura	22/05/2018
CBF / CNP / RANI	5639657464 inst. Est.

Declaração de Circulação Anual de Débitos.
Conforme previsto na Lei 12.507 de 28 de junho de 2009,
informarmos a quitação dos débitos referentes aos faturamen-
tos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidores vencidos no ano de 2017 e não uns ante-
iores. Esta declaração substitui, para o consumo res-
peito dos faturamentos mensais ao consumidor, as guia-
rias que se refere, e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.458, de 28 de abril de 2002.
Viu um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue im-
ediatamente para a Energisa e peça auxílio para isoler o local.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Obs.
Data	Leritura	Data	Leritura	
21/03/18	8327	20/04/18	8424	
00101444				
0001 Consumo até 30KWh-BR	30.000	0,242620	7,27	7,27 25 1,82 7,27 0,06 0,31
0001 Consumo - 31 a 100KWh-BR	87.000	0,415910	27,88	27,88 25 8,98 27,88 0,25 1,17
0010 Subsídio			33,53	33,53 25 9,38 33,53 0,21 1,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUÇÃO LUM PÚBLICA			8,16	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0008 Devolução Subsídio	-		-23,43	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

PCI: Código de Classificação do Item: TOTAL 59,39 28,05 17,16 80,96 0,62 2,99

Historico de Consumo (km)											
106	98	118	95	87	92	104	103	104	117	121	104
Abri/17	Maio/17	JUN/17	JUL/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18

RESERVADO PARA USO
04520437d7.12f0.ec03.981b.30de c5a7.

COMPREV

10 JAN. 2019

PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MAIS LIGA

71609

REFERÊNCIA
JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE L SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Elétrica	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
YI0X387013	26/03/2011	EXT LACR LIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I	QUALID. AGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.			
JUN/2018	35	13	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL.TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL (R\$)

AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M ³ - 37,91 POR UNIDADE	10 M ³	37,91
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 4,89 POR M ³	10 M ³	48,90
21 M ³ A 30 M ³ - R\$ 6,45 POR M ³	10 M ³	64,50
ACIMA DE 30 M ³ - R\$ 8,76 POR M ³	2 M ³	17,52

ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M ³ - 30,33 POR UNIDADE	10 M ³	30,33
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 3,91 POR M ³	10 M ³	39,10
21 M ³ A 30 M ³ - R\$ 5,81 POR M ³	10 M ³	58,10
ACIMA DE 30 M ³ - R\$ 8,76 POR M ³	2 M ³	17,52

10 JAN. 2019
COMPREV
COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS LST 12.741.12

VENCIMENTO: 16/07/2018 Total a Pagar:

R\$ 313,88

PROTOCOLO
AO JOAO PESSOA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ricardo H. C. Hordmann inscrito (a) no CPF/CNPJ 052.202.404/172, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francoise Inacio Tonvres inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.754/87, do sinistro de DPVAT cobertura involujo da Vítima Francoise Inacio Tonvres, inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.754/87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Alfonso Cunha</u>		<u>40</u>	
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>previdenciario@lidersantos.com.br</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(83) 3241-6957</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98650-6133</u>	

João Pessoa/PB , 08 de januário de 2019
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

Ricardo H. C. Hordmann
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

14

CERTIDÃO

Nº. 1080/2018

Atendendo solicitação de **FRANCISCO INACIO TAVARES** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 112044 e prontuário de Nº2018.03.2642 pertencentes aos mesmo que foi atendido dia 18/03/2018 às01h21min, vítima de atropelamento por moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 11/04/2018 e alta medica dia 12/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de agosto de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO

10 JAN. 2019

COMPREVSEGUROS E PREVIDENCIAS/A

COMPREV



REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

1-CPF 2- 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
2-CGC.

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N • CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

BAIRRO: MANGABEIRA II

PACIENTE

ENDEREÇO

BARRA

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

DADOS CLÍNICOS

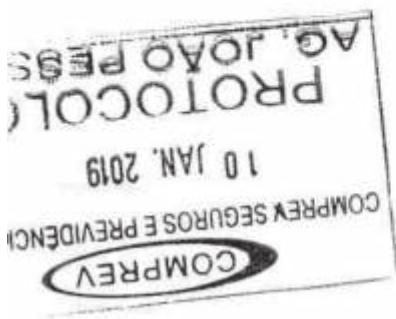
MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Dr. Olegio
DATA

GAUIMHO É ASSINATURA

DATA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) FRANCISCO
INACIO TAVARES portador(a) da identidade
RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por
mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S82 _____, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 18/03/2018

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FRANCISCO INACIO TAVARES				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 49 ANOS	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 18/03/2018		DATA DE ALTA: 12/04/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta dos Ossos da Perna esquerda</i>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com redução aberta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se

sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

10 JAN 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina 500mg, aine e analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. MOURIBE)

Eduardo
Mouribe
CRM-PB 11487

12/04/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

<p>Nome: <u>Wiz. Wesley Tavares</u></p> <p>Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____</p> <p>Nome da Mãe: _____</p> <p>Endereço: _____ Bairro: _____</p> <p>Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____</p> <p>Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____</p> <p>Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / / _____</p> <p>QPD: <u>Consumo em níveis de prazer</u></p> <p>HDA: <u>Rinitis com fundo de ffn. e gotas de sangue de prazer</u></p> <p>Medicações em uso: _____</p>	<p>Data da Admissão: _____ / _____ / _____</p>
INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:	
<p><u>Geral:</u> [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Dolor de cabeça [] Dor de garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia [] Audição: _____</p> <p><u>Pele:</u> _____</p> <p><u>Cabeça e PESCOÇO:</u> [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Tistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia [] Audição: _____ Visão: _____</p> <p><u>AR e ACV:</u> [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____</p> <p><u>ABD:</u> [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume []</p> <p><u>AGU:</u> [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____</p> <p><u>SME:</u> [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos</p> <p><u>SN e PSQ:</u> [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor _____</p>	

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []JTB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

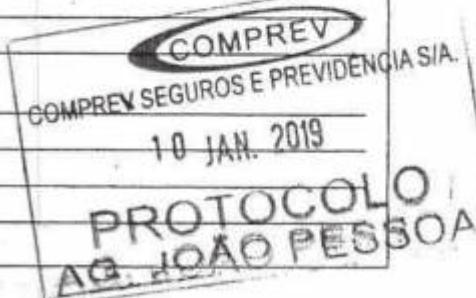
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____ *R&A*Hipóteses Diagnósticas: *Doença de orelhas de fruta.*Conduta: *Do bloco cirúrgico*

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>80º Gracio J. da Costa</i>				Registro:	
Idade: <i>49</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>branca</i>	Clínica: <i>10</i>	EMP:	LR:
Data: <i>3/4/18</i>		Cirurgião: <i>D. Rosaldo Soares</i>		1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <i>anestesia</i>		Horário: <i>11:00</i>	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fractura de ossos peito esquerdo fixador exposto</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>Retirada de fixador exposto fixador de ferida D. Soares</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			CÓDIGO		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Descreva:		
Biópsia de Congelação:			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco Inacio Tavares				Registro:	
Idade: 49 a	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: Octo	EMP:	LR:
Data: 11/04/18		Cirurgião: Dr Moura		1º Assistente: Valdilson R	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: Imbelloni		Tipo Anestesia: Raxar		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de diáfise tibial</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>Amostra</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Reduzão Albert + Fixação Interna</i>					
CÓDIGO <i>COMPREV</i> <i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA</i> <i>TU JAN. 2019</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Lit em DDT com reposo e hiperextensão
Colo, dego, e preparação de campos esterilizados

Incisão:

Incisão em 1/3 distal da perna em antero-medial
Dissecção nos planos avascularizados.

Achados:

Fratura obliqua em talus.

Conduta:

Redução aberta + fixação aberta
com placas DCP com 10 furos com 4 parafusos expostos + 8 parafusos corticais.
Pé pesado para o longe com SFOR 8%.
Fixo de controle.

Fechamento:

Sutura + curativo + tala

OBS:

Data: 11/04/18

Dr. Valdebeno Correia Jr.
Un. R. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr.
Mangabeira - PB
21 MAR. 2016
+ Manoel
MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Medio e
antecrural

Incisão:

esqro opulo
fletor da d

Achados:

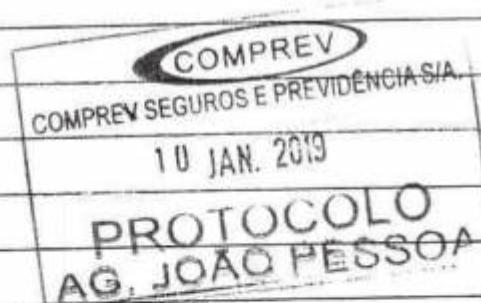
fixado exterior
linfangio

Conduta:

curar

gale feudo
Do sti

Fechamento:



OBS:

Data: 31/4/18

Dr. Roberto A. Santos
DRT - Traumatologista
CRM-PB 1590

MÉDICO/CRM



FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO N°:	CLÍNICA:	Ortopech.
DO HOSPITAL:	Regional de Guarabira.	
PARA O HOSPITAL:	Complexo Pernambuco de Recife.	
MÉDICO ASSISTENTE:	Vitória Junes	DATA: 17/03/18

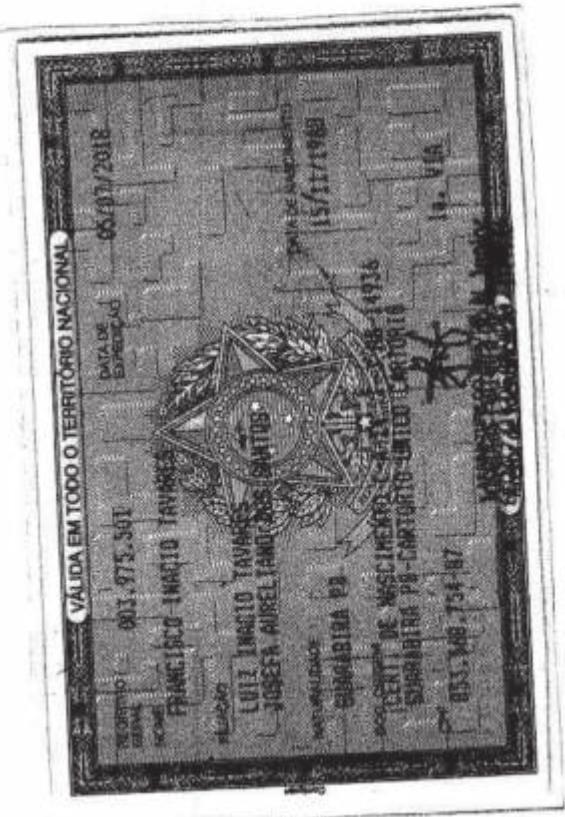
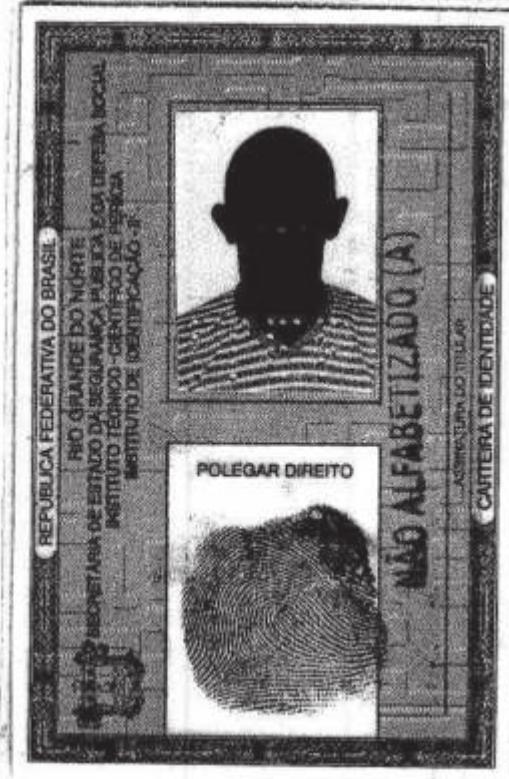
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:		
Nome:	Francisco da Costa da Silva.	SEXO: M.
PROFISSÃO:	DOCUMENTO: N°:	IDADE: 69.
ENDEREÇO:	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	ESTADO:	

ANAMISE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:		
<p>Quedas de moço. Glosorax 15</p> <p>Dores e desconforto na articulação</p> <p>Frisura constante de fêmur e joelhos. E.</p>		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:		
<p>Levonorgestrel 100mcg 6x10</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 10 JAN. 2019</p> <p>PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p> </div>		

DIAGNÓSTICO:	Violência contra fêmur e joelhos E.
PROVÁVEL:	CID:

Dr. José Edimilson B. Júnior Unidade - 0864 19637
--



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
853.568.754-87

Nome
FRANCISCO INACIO TAVARES

Nascimento
15/11/1968

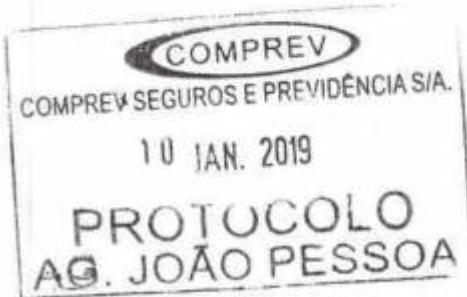
CÓDIGO DE CONTROLE
ECBF D866.7464.E2F3



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 09:24:17, do dia 09/05/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV, SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LIVRO.: 0229

FOLHA: 049

COMPRE
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROCURAÇÃO

PROTÓCOLO JOÃO PESSOA

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que ~~nos~~ (60) sessenta dias do mês de outubro do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS**, situado na Av. Dom Pedro II, 33 - Centro - Guarabira, PB CEP:58200-000, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES** - Titular, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) FRANCISCO INACIO TAVARES**, brasileira, solteiro, maior, auxiliar de serviços, residente e domiciliado na Rua Jorge Maranhão, nº 117, Bairro do Rosário, nesta cidade, portador da Carteira de Identidade RG nº 003.975.501-SSDS-PB e do CPF nº 853.568.754-87, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim Tabeliã Pública, do que dou fé, pelo(s) mesmo(s) outorgante (s) foi dito que por este público instrumento nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) PROCURADOR(ES) **Dra. MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 11.662-B e CPF nº 379.865.114-00; **Dr. LUIZ SANTANA DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 14.301-B e CPF nº 101.724.834-68; **Dr. RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.903 e CPF nº 052.202.404-12; **Dra. EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 16.105 e CPF nº 023.025.424-10; **Dra. LARISSA MARIA LACERDA SANTANA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.625 e CPF nº 067.499.284-98 e **Dra. LARISSA MARIA ROCHA RODRIGUES ALVES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.624, todos com escritório profissional localizado na Avenida Dom Pedro II, nº. 705, Centro, na cidade de João Pessoa, Capital deste Estado, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo (art. 77, inciso V do CPC), a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "*AD JUDICIA ET EXTRA*", representá-lo(a) em Repartições Publicas, Municipais, Estaduais e Federais, Autarquias e, em especial perante ao INSS – Instituto Nacional de Seguro Social, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros documentos, requerer benefício previdenciários e assistenciais e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimentos administrativos, conferindo-lhe ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal propor ação revisional/ ou concessão, restabelecimentos de benefício, via administrativa ou judicial, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando(s), sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, **renunciar aos valores que excedam a 60 (sessenta) salários mínimos, em razão do procedimento especial (Lei 10.259/2001)**, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber valores existentes em contas judiciais, alvarás, precatórios e RPV, deduzindo e compensando os seus créditos por despesa e de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, com as respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, em tudo agindo em conjunto ou separadamente, autorizando o substabelecimento a outrem, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que fizer jus (nos moldes do §1º, §2º, §3º e §4º do art. 85 do CPC/2015). Pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, por fim, praticar todos os atos em direito permitido para o fiel cumprimento dos

LIVRO.: 0229



FOLHA.: 049

(Handwritten signature)

poderes outorgados neste instrumento. Instrumento feito sob MINUTA. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 2,37, sendo os Emolumentos R\$ 47,40. Selo Digital: **AHP50752-0G2Q**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando por Carlos Alberto Xavier de Araújo, brasileiro, casado, escriturário, portador do Documento de Identidade nº 1.576.526-2^aVia-SSDS-PB, inscrito no CPF/MF nº 798.073.304-59, residente e domiciliado na Rua José da Cunha Rego, nº 109, Centro, nesta cidade, CEP 58200-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. O presente ato foi lavrado, rubricado e encerrado, tendo sido conferida toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES – Titular do Cartório 2º Ofício de Notas**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) FRANCISCO INACIO TAVARES.

Em testemunho (*WTS*) da verdade.



WARDIRIA TOSCANO DE SALES
- TITULAR -



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011777/19

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

CPF: 853.568.754-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/03/2018

Titular do CPF: FRANCISCO INACIO TAVARES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN : 052.202.404-12

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO INACIO TAVARES : 853.568.754-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/01/2019
Nome: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
CPF: 052.202.404-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA